ITEM 342 : RETENTION AIGUË D'URINE

Rétention aiguë d'urine = rétention vésicale complète = impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale
- Miction normale = réservoir compliant et contractant + filière urétrale libre et continente + système nerveux fonctionnel (synergie vésico-sphinctérienne)
- Cause : **obstacle sous-vésical** (le plus souvent), **altération de la commande neurologique**, **défaut de contraction vésicale**
- Diagnostic généralement facile : globe vésical → drainage en urgence par sondage vésical ou cathétérisme sus-pubien
- Pathologie essentiellement masculine (sauf contexte de vessie neurologique)

Diagnostic

SF

- Antécédents : - épisode antérieur de RAU,
  - HBP, cancer de prostate, tumeur vésical
  - risque de sténose urétrale (traumatisme, urétrite, sondages traumatiques),
  - intervention urologique endoscopique (RTUP, RTUV, section endoscopique du col vésical),
  - infections (urinaire basse, prostatite),
  - sondage urinaire permanent/intermittent
  - maladie neurologique (lésion médullaire, SEP, spina-bifida, maladie de Parkinson, diabète, AVC)
  - traitement en cours (ttt favorisant RAU ou pouvant gêner la PEC : AAP, ATC)
- Contexte de survenue : spontanée ou secondaire (anesthésie générale ou loco-régionale…)
- Signes associés : dysurie, SFU, brûlures mictionnelles, hyperthermie/frissons, hématurie macroscopique…

SC

- **Etat algique**, anxieux et agité avec envie d'uriner permanente, pressante et douloureuse
- **Globe vésical** : masse sus-pubienne, voussure à convexité supérieure, matité à la percussion, souvent douloureuse à la palpation (augmente l'envie d'uriner)
- **Touchers pelviens (TR ± TV)** indispensables : - volume prostatique : HBP, cancer
  - douleur prostatique : prostatite
  - fécalome (RAU par distension de l'ampiule rectale),
  - pathologie de l'ampoule rectale tumeur rectale, hémoroïdes…
  - + chez la femme : tumeur gynécologique, prolapsus génital
- **Examen des OGE** : phimosis serré, sténose du méat urétral, orchi-épididymite (associée à une prostatite)
- Cas particuliers : - **Rétention indolore** : diabétique, blessés médullaires, anesthésie
  - **Sujet âgé** (rechercher fécalome ++) : confusion, désorientation temporo-spatiale, agitation, anxiété, dyspnée

DD

- Anurie (absence de sécrétion rénale d'urine) : vessie vide, sans globe vésical, sans envie d'uriner, pas de douleur pelvienne associée, IRA souvent associée.

PC

Avant drainage	Par sondage urétral	→ Aucun examen nécessaire : dériver les urines en urgence
	Par cathéter sus-pubien	- **Bilan d'hémostase** si contexte évocateur (troubles de l'hémostase ou anticoagulants) - **Echographie vésicale** : indispensable si le globe n'est pas parfaitement perçu (doute clinique), notamment chez l'obèse ou le sujet âgé confus
Après drainage		NPO : noter le volume évacué, surveiller la diurèse (/!\ sd de lévée d'obstacle, hématurie a vacuo) - **ECBU** systématique - Biologie : **créatininémie, ionogramme sanguin** - **Echographie du haut appareil urinaire → si fièvre ou IRA :** recherche de dilatation urétéro-pyélocalicielle ou de signes de pyélonéphrite (Si dilation : écho de contrôle de sa disparition à distance) → Jamais de dosage de PSA (fausse élévation)
Bilan étiologique		- **Echo vésico-prostatique sus-pubienne** : résidu post-mictionnel, retentissement vésical (épaississement pariétal, diverticules, lithiase), tumeur vésicale (si hématurie), évaluation de la prostate (volume, lobe médian prostatique, protusion intravésicale) - **Débitmétrie** éventuelle (à distance de l'épisode de RAU) - **Urétrocystoscopie = fibroscopie urétrovésicale** : obligatoire si hématurie macroscopique associée ou difficultés de sondage (recherche sténose urétrale) - **Bilan urodynamique** : si pathologie neurologique sous-jacente - **Urétrocysographie rétrograde et mictionnelle** (rarement) : bilan de sténose urétrale ou de traumatisme urétral

Prise en charge	**Urgence thérpeutique**		- drainage vésical en urgence : - voies naturelle → sonde vésicale - voie percutanée → cathéter sus-pubien - Systématiquement : relever le contenu dans la vessie (meilleur pronostic si < 600 mL), surveiller la diurèse horaire, prévenir le sd de levée d'obstacle et l'hématurie a vacuo, ECBU
	Sondage urinaire à demeure		= En 1ère intention : Modalités : - Sur **prescription médicale**, **geste infirmier** ± en présence d'un médecin si 1er sondage chez l'homme - Conditions strictes d'asepsie et de stérilité, drainage déclive permanent (évite la stase urinaire) - Eviter les sondes de petit calibre en 1ère intention (sonde de Charrière 18-20 si suspicion HBP) - Système clos obligatoire, **sonde à double courant** si irrigation nécessaire (hématurie) - Ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonet (risque qu'il cristallise) mais eau PPI - **Prélèvement aseptique d'urine** pour ECBU - Recaloter le patient (/!\ paraphimosis) Risques : lésion urétrale avec sténose secondaire
		CI	- Sténose urétrale - Traumatisme de l'urètre (notamment chez le polytrauma : fracture du bassin) - Prostatite aiguë (contre-indication relative, possibilité si patient apyrétique et après ATB) - Sphincter urinaire artificiel (nécessité de désactivation du système préalablement)
	Cathétérisme sus-pubien		Avantages : ø fausse route urétrale, épreuve de clampage possible (reprise mictionnelle ?), ↘ complications locales au long cours, bon système de drainage à moyen terme Modalités : - acte médical, conditions strictes d'asepsie et de stérilité (4 temps) - S'assurer de l'existence formelle d'un globe vésical : risque de **perforation d'une anse intestinale** - Repérage du point de ponction (intersection entre ligne médiane de l'abdomen/ligne horizontale à 2 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne), - sous AL, incision cutanée puis mise en place du cathéter
		Indication	- En 2nd intention : échec ou contre-indication au sondage urétral
		CI absolue	- **Absence de globe vésical** ou doute diagnostic (échographie si besoin) - **Pontage vasculaire** extra-anatomique sus-pubien (fémoro-fémorale croisé)
		CI relative	- Antécédent ou suspicion de **tumeur vésicale** (risque de dissémination) - **Hématurie macroscopique** (risque de caillotage, de cancer méconnu) - **Trouble de l'hémostase**, patient sous **anticoagulant** - **Cicatrice de laparotomie** (écho abdominale préalable)
	Conditions		- Prévention de l'hémorragie à vacuo : **clampage 15 minutes tous les 300-500 mL** - Prévention du syndrome de levée d'obstacle : **suivi diurèse**, **réhydratation IV** en cas de polyurie
	Retrait		= **épreuve d'ablation de sonde** (nouvelle pose de SAD si aucune reprise de la diurèse) ou **de clampage de cathéter** (retrait si reprise de la diurèse) - Quelques jours après l'épisode de RAU (tentative à 48h) et après PEC de l'étiologie - Chez l'homme : sous α-bloquants (surtout si HBP) - Suivi d'une mesure du RPM + avis spécialisé
Etiologie	Prostatique		- **HBP** : - Incidence de 0,4-6%/an en cas d'HBP symptomatique, - FdR de RAU = âge, sévérité des symptômes (IPSS > 7) - PEC : - **α-bloquant** et **ablation de sonde à 48h** : ≈50% de risque de récidive - **Intervention chirurgicale** d'emblée si HBP sévère/compliquée ou échec de désondage - **Prostatite** (favorisée par l'HBP) : cathéter sus-pubien ± α-bloquant, antibiothérapie 14j - **Cancer de la prostate** : seulement pour des stades localement avancés (T3, T4), suspicion au TR
	Neurologique		- Centrale : **SEP, compression/lésion médullaire, maladie de Parkinson, AVC, lésion congénitale de la moelle** - Périphérique : **diabète, chirurgie lourde d'exentération pelvienne (tumeur rectale** ou **utérine)**

	Iatrogène	**- Anti-cholinergiques** (effet direct ou secondaire) : **collyre mydriatique, anticholinergique de l'instabilité vésicale, neuroleptique** (phénothiazine surtout), **antidépresseur tricyclique**, **antiparkinsonien, néfopam** (Acupan®), **tiémonium, β-mimétique inhalé, anticholinergique inhalé, antihistaminique** ➙ Risque élevé de rétention d'urine, surtout en cas de rétention chronique avec RPM > 100 ml **- Morphiniques** : rachianesthésie ou anesthésie péri-durale (le plus souvent), analgésie, toxicomanie - **Sympathomimétiques : vasoconstricteurs nasaux, β2-mimétiques** (salbutamol, terbutaline) **- Inhibiteurs calciques** **- Atropiniques**
	Autre	**- Sténose urétrale** : post-traumatique, iatrogène (SAD traumatique, chirurgie endoscopique urologique) ou post-infectieux (urétrite sur IST) → cathéter sus-pubien ++, bilan lésionnel : UCRM - **Traumatisme de l'urètre** : polytraumatisme avec lésion du bassin et urétrorragie → sondage urétal CI ++, UCRM préalable à la PEC des lésions urétrales. **- Caillotage vésical** : nécessite une sonde double courant de gros calibre pour lavage vésical continu +/- un décaillotage - Chez la femme : cystite aiguë, **prolapsus génital** - Pathologies anorectales (RAU fonctionnelle réflexe) : **fécalome, hémorroïdes** - **Phimosis serré** → cathéter sus-pubien si sonde impossible puis circoncision secondaire
Complication	**Insuffisance rénale aiguë obstructive**	= Stase vésicale avec retentissement sur le haut appareil par augmentation de la pression intra-vésicale et reflux des urines - **Echo : dilatation bilatérale des voies excrétrices supérieures** - **Biologie : ↗ créatininémie** - Après drainage : - Insuffisance rénale régressive rapidement - Possible dilatation pyélocalicielle persistante quelques semaines
	Syndrome de levée d'obstacle	= **Tubulopathie fonctionnelle** (incapacité transitoire du rein à concentrer l'urine = lors de l'obstruction, le rein surcompense pour maintenir la diurèse → mécanisme qui persiste après dérivation des urines → polyurie et risque de déshydration) - Dépistage : surveillance horaire de la reprise de la diurèse après la levée de l'obstacle - Diagnostic : **polyurie osmotique**, parfois majeure (>1L/h), engageant le pronostic vital - TTT : **réhydratation IV** adaptée aux sorties
	Hématurie *a vacuo*	= **Hématurie macroscopique** en cas de **vidange trop rapide**, - favorisée par un trouble de l'hémostase ou des anticoagulants - Prévention : vidange vésicale progressive (clamp quelques minutes tous les 500 ml)
	Vessie claquée	= **Perte des capacités contractiles de la paroi vésicale par distension détrusorienne =claquage musculaire du détrusor** : reprise retardée de la fonction vésicale (après quelques jours à quelques semaines) - Risque dûs aux **altérations de la paroi vésicale** : développement de **diverticules vésicaux, récidive de RAU, rétention chronique d'urine** - Prévention : attendre quelques jours/semaines avant ablation de SAD